

IMAGEM CORPORAL, SEXUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA NO CANCRO DA MAMA

Sónia Remondes-Costa^{1,2} (costas@utad.pt), Fernando Jimenez² & José L. Pais-Ribeiro³

¹Departamento de Educação e Psicologia, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal; ²Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca, Salamanca, Espanha; ³Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, Portugal

RESUMO: Adoecer da mama e respetivas intervenções cirúrgicas comprometem a esfera psicosexual, retirando qualidade à vivência da corporalidade e sexualidade. É o objetivo do presente trabalho estudar a relação entre a imagem corporal, função, prazer sexual e a saúde e qualidade de vida. Participaram no estudo 51 mulheres com idades compreendidas entre os 34 e os 82 anos de idade, seguidas no Centro de Oncologia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro. As participantes responderam a um Questionário de Dados Sócio-demográficos, ao Quality of Life Questionnaire - Cancer (QLQ-C30) e ao Quality of Life Questionnaire - Breast (QLQ-BR23) da European Organization for Treatment of Cancer (EORTC). A análise correlacional revelou relação significativa inversa entre a imagem corporal e a avaliação da saúde e da qualidade de vida. A função e o prazer sexual apareceram relacionados positivamente com a saúde e qualidade de vida. Concluímos que a sexualidade enquanto dimensão da saúde e da qualidade de vida no adoecer de cancro da mama deve continuar a ser estudada.

Palavras chave - cancro da mama; imagem corporal; função sexual; prazer sexual, saúde; qualidade de vida.

BODY IMAGE, SEXUALITY AND QUALITY OF LIFE IN BREAST CANCER

ABSTRACT: Breast cancer disease and its surgical compromise the psychosexual sphere, taking quality to the experience of physicality and sexuality. The aim of presente work was to study the relationship between body image, function, sexual pleasure and health and quality of life. The study involved 51 women aged between 34 and 82 years of age, followed at the Oncology Center of the Hospital of Trás-os-Montes and Alto Douro. The participants answered a questionnaire about socio-demographic, the Quality of Life Questionnaire - Cancer (QLQ-C30) and the Quality of Life Questionnaire - Breast (QLQ-BR23) of the European Organization for Treatment of Cancer (EORTC). correlational analysis revealed significant inverse relationship between body image and perceived health status and quality of life. The function and sexual pleasure appeared positively related to health and quality of life. We conclude that sexuality as a dimension of health and quality of life of sick breast cancer should be further studied.

Keywords - breast cancer, body image, sexual function, sexual pleasure, health, quality of life.

Recebido em 09 de Junho de 2011/ Aceite em 10 de Novembro de 2012

O cancro da mama é a segunda neoplasia mais prevalente e incidente em todo o mundo, e a mais frequente nas mulheres (Schottenfeld & Fraumeni-Jr, 2006), por conseguinte, a mais temível entre o sexo feminino. Segundo a *American Cancer Society*, o risco de uma mulher ter cancro da mama invasivo em algum momento da sua vida é de cerca de 1 em cada 8 casos, e o risco de morrer com este cancro é de cerca de 1 em 35 (ACS, 2009).

Em Portugal, os dados epidemiológicos são consistentes com os dados universais. Segundo o Registo Oncológico Nacional, no ano de 2007, o cancro da mama continua a ser o segundo mais frequente de todos os cancros, mantendo-se o mais prevalente nas mulheres, tendo subido, comparativamente a 2005, para 38% dos casos de cancro no sexo feminino. Verificou-se, relativamente aos dados anteriores, o aumento do cancro da mama nas faixas etárias mais novas, dos 45-49, seguindo-se maiores de 75 anos e 40-44 (*Instituto Português de Oncologia do Porto* (IPOP), 2008). O grupo etário de risco parecem ser as mulheres mais velhas, pois o cancro ocorre com mais frequência em idades avançadas (Crane, 2000).

Os recentes avanços da medicina têm contribuído para a diminuição da taxas de mortalidade por cancro da mama, aumentando a sobrevida, e para a minimização dos efeitos colaterais dos tratamentos químicos, radiológicos e cirúrgicos. Não obstante, apesar das benéficas transformações, a experiência de cancro da mama continua a não poupar as mulheres que a vivenciam do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, durante as fases do diagnóstico, tratamentos, final dos tratamentos e sobrevivência.

Segundo Faria e Xarepe (2000), o seio tem um significado social e pessoal particular, sendo órgão privilegiado do Ser Mulher. O seio que amamenta é órgão que representa a maternidade. Também o seio é o «semáforo sexual» através do qual se observa a excitabilidade aquando do relacionamento sexual. Assim, qualquer ameaça à sua integridade é vivida com sofrimento, constituindo uma ameaça à vivência da feminilidade. Acarretando sentimentos de inferioridade, rejeição e perda de auto-estima (Ramos & Patrão, 2005).

Por essa razão, estudos revelam que o cancro da mama exerce um importante impacto no estado de saúde e na funcionalidade, bem como, na perceção de Si- própria, auto-estima e saúde mental, comparativamente com outros tipos de cancro (Sendersky, Gaus & Sung, 2002). O cancro da mama despoleta alterações no funcionamento biopsicossocial, implicando necessidade de reajustamento das vivências intrapsíquicas, uma vez que se trata de uma doença, potencialmente, mortal, por um lado, e profundamente estigmatizante para a doente enquanto mulher, por outro (Dias, Manuel, Xavier & Costa, 2001). O medo de ficar “incompleta” é o fantasma que assola a feminilidade destas mulheres.

A mama tem igualmente um significado cultural e social na vivência da sexualidade feminina. O diagnóstico do cancro da mama, tratamentos e as respectivas intervenções cirúrgicas, deixam marcas profundas na esfera psicossocial destas mulheres. Comprometendo a relação com o corpo, consigo mesma, com o outro, retirando qualidade à vivência da corporalidade e da sexualidade. Encontram-se descritas na literatura alterações nos domínios da imagem corporal e disfunção sexual durante os tratamentos e após a realização da cirurgia.

Os efeitos secundários dos tratamentos como náuseas, vômitos, anemia, alteração do estado de ânimo, amenorreia temporária, secura vaginal, alopecia e aumento de peso encontram-se associados, negativamente, à auto-imagem e à sexualidade (Bertero, 2002; Marques, 1994; Parker, Baile, Moor & Cohen, 2003; Pérez San Gregório & Martín Rodríguez, 2002; Rebelo, Rolim, Carqueja & Ferreira, 2005). No caso da alopecia, para

muitas mulheres o cabelo tem um importante papel na sua aparência, a sua perda poderá ter impacto profundo na auto-imagem (Ogden, 2004). A secura vaginal, decorrente dos tratamentos quimioterapêuticos e hormonais, é responsável por provocar dor durante as relações sexuais (Pennery, Speechley & Rosenfield, 2010). Por todas as razões acima descritas, a libido em mulheres que fazem quimioterapia encontra-se profundamente alterada (Ogden, 2004).

O impacto da cirurgia na imagem corporal e dimensão psicossocial depende do tipo de cirurgia realizada. A mastectomia radical é extremamente agressiva e traumática para as mulheres, motivo pelo qual tem vindo a ser substituída, sempre que possível, pela cirurgia conservadora, e quando não é, segue-se de reconstrução mamária (Crane, 2000). Antes de mais, importa clarificar o conceito de imagem corporal, segundo Palhinhas (2000), não significa apenas aparência física, mas também, integridade corporal, percepção de corpo intacto, completo, e funcionando de forma inteira.

Como refere Cardoso (2006) o mundo ocidental atual a representação social de corpo rege-se pelo mito do corpo perfeito. A doença e a incapacidade física comprometem assim o modelo de perfeição, despoletando vivências perda da integridade corporal e de perda de identidade.

Michelenia (2010), psicanalista venezuelana, radicada em Madrid, no livro “À noite sonhei que tinha peito”, descreve da seguinte forma o impacto emocional da mastectomia bilateral radical, realizada em 2008: (...) *“Não fecho os olhos perante os hifenes”* - *-(em que os meus peitos se tornaram”* (p.113) (...) *Às vezes também sofro nos sonhos e vejo o Fernando seduzido, seduzindo a mais mamalhuda das nossas conhecidas* (p. 120).

No adoecer do cancro da mama, as alterações na imagem corporal desencadeiam, não raras vezes, sentimentos de inferioridade, angústia, medo da morte e repulsa perante a mutilação (Dias, Manuel, Xavier & Costa 2002). Estas alterações poderão ser acompanhadas de receio de se despir em frente do companheiro, e por isso, evitar ter relações sexuais (Pennery, Speechley & Rosenfield, 2010). Tavares e Trad (2005) observaram que o sofrimento causado pelas repercussões da quimioterapia e da mastectomia na auto-imagem da mulher e na sexualidade do casal é reconhecido pelas doentes e famílias. Pelo que o aconselhamento individual e/ou de casal poderá ser muito útil.

Pacientes submetidas à mastectomia sem reconstrução apresentam maior morbidade psicossocial, como ansiedade e depressão associadas à auto-imagem, auto-estima e sexualidade. Já a cirurgia reconstrutiva tem menor impacto na morbidade e na sexualidade (Macieira & Maluf, 2008). Mulheres submetidas a mastectomia radical, sem reconstrução, tendem a conseguir obter menos orgasmo, comparativamente com as que realizaram reconstrução mamária (Macieira & Maluf, 2008).

Estudos demonstram que a cirurgia invasiva se associa a alterações mais expressivas na imagem corporal (IC) e na satisfação sexual (SS), em comparação com cirurgia conservadora (Rebelo, Vicente, Gomes & Moisés, 2008). Apontando reações negativas com o corpo, com o espelho, percepção alterada de si própria, limitações físicas e estéticas (Costa & Patrão, 2009); vivência de corpo mutilado, acompanhada de sentimentos de perda (Miguel, Marques & Tosi, 2009); diminuição da satisfação nas relações de intimidade (Costa, Jimenez & Pais-Ribeiro, 2010). Não obstante, noutros não foram encontradas diferenças significativas entre os dois tipos de cirurgia (Barnabé, 1997; Rebelo et. al. 2007).

Ogden (2004) apesar de considerar que a habituação à nova imagem corporal é difícil, a reação emocional não deverá ser generalizada. Bem como, não deverá ser defendida a ideia de ter maior impacto em mulheres jovens. Mulheres idosas ficam perturbadas com a perda do seio e com as implicações da mesma na vivência da sexualidade. Algumas mulheres sentem dificuldade em iniciar novos relacionamentos, outras conseguem ultrapassar essa dificuldade.

Em Portugal, como não existem, ainda, muitos estudos sobre o tema, a literatura não é conclusiva relativamente ao estudo do impacto do cancro da mama e tratamentos na IC e na SS. No entanto, alguns resultados são relevantes para perceber a análise da problemática.

Ramos e Patrão (2005) não encontraram alterações na imagem corporal numa amostra de 30 doentes com cancro da mama, nem alterações no relacionamento conjugal, após a doença. Porém, as doentes revelam-se insatisfeitas com a sua sexualidade. Verificaram ainda, que no caso de existência de problemas ao nível da imagem corporal, estes se relacionam com maior insatisfação sexual.

Rebelo et. al. (2008) num estudo exploratório de avaliação da qualidade de vida de 60 doentes com cancro da mama, não encontraram diferenças significativas entre o grupo das doentes tumorectomizadas e o das mastectomizadas no que respeita ao funcionamento e prazer sexual. Constataram que o primeiro grupo avalia a sua auto-imagem de forma mais negativa e se encontra mais preocupado com a queda do cabelo. Verificaram ainda, que as doentes que realizam quimioterapia de maior toxicidade, sentem menos prazer sexual.

Ao nível do estudo das diferenças entre os dois grupos, no que respeita ao impacto na IC, FS e SS, outros estudos dão conta de reações negativas com o corpo, com o espelho, percepção alterada de si própria, limitações físicas e estéticas (Costa & Patrão, 2010); vivência de corpo mutilado, acompanhada de sentimentos de perda (Miguel et. al., 2009); diminuição da satisfação nas relações de intimidade (Costa et. al., 2010), em mulheres mastectomizadas. Não obstante, para avaliar o real impacto da doença na vida e na sexualidade das mulheres com cancro da mama, é primordial avaliar como era vivida a sexualidade antes do aparecimento da doença (Patrão, 2005).

Porque a vivência da sexualidade é um dos aspetos essenciais do desenvolvimento humano, desde o nascimento até à morte (Macieira & Maluf, 2008). E porque a saúde também é saúde sexual, a “integração dos aspetos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexuado de formas enriquecedoras e que valorizam a personalidade, a comunicação e o amor, a sexualidade na doença e na incapacidade, não deve ser negligenciada”(WHO, 1995, cit. por Cardoso, 2006, p. 182) .

Falar do impacto da doença oncológica da mama nas diferentes dimensões da vida das doentes é falar de qualidade de vida. A qualidade de vida é um conceito recente, quer no âmbito da saúde e das doenças, em geral, quer no da doença oncológica em particular (Ribeiro, 2002). A Organização Mundial de Saúde identificou seis domínios da qualidade de vida: saúde física, saúde psicológica; nível de independência; relações sociais; ambiente; espiritualidade/religião/crenças pessoais. A atividade sexual insere-se na dimensão física da qualidade de vida. A imagem pessoal e a aparência, na dimensão psicológica (Ribeiro, 2002). Posto isto, a sexualidade é transversal às dimensões física e psicológica da qualidade de vida e um domínio importante da conceção de saúde em geral.

Assim, é o objetivo do presente trabalho estudar a relação entre a imagem corporal, função, prazer sexual e a saúde e qualidade de vida, contribuindo assim, para perspetivar da

sexualidade enquanto dimensão da qualidade de vida no adoecer do cancro da mama, e enquanto dimensão importante na conceção de saúde/doença.

MÉTODO

Participantes

Participaram 51 mulheres com cancro da mama, com idades compreendidas entre os 34 e os 82 anos de idade ($M= 60,69$, $DP= 12,3$), seguidas no Centro de Oncologia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, em Vila Real.

No que respeita à caracterização sociodemográfica da amostra, começando pelas habilitações académicas, 27 participantes (53%) possuem o primeiro ciclo completo e incompleto, seis (11,8%) não frequentaram a escola, e 35,2% têm formação acima do primeiro ciclo. Quanto ao estado civil, a maioria (62,7%) das doentes são casadas. No que concerne à atividade profissional, as domésticas encontram-se em maior número (39,2%). A maioria (58,8%) das doentes encontra-se reformada. A composição do agregado familiar na maioria das participantes (58,8%) é constituída pelo cônjuge e filhos. 13,7% vive sozinha.

Relativamente à caracterização clínica, 39,2% das doentes foram diagnosticadas há mais de dois anos. A generalidade das doentes (74,5%) realizou mastectomia radical. No que respeita ao tratamento, 22 (43,1%) doentes encontram-se a realizar quimioterapia e 24 (47,1%) a realizar outro tipo de tratamento, na sua maioria, hormonoterapia.

Material

Questionário de Dados Sócio-demográficos, construído para o efeito, do qual fizeram parte as variáveis: idade, zona de residência, escolaridade, estado civil, profissão, situação ocupacional e agregado familiar.

European Organization for Research and Treatment of cancer Quality of Life Questionnaire – EORTC-C30 (Fayers et al., 1999), traduzido e adaptado para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Pinto e Santos (2008), e o *Supplementary Questionnaire Breast Cancer Module – QLQ-BR23* (Fayers et al., 1999), traduzido pela EORTC.

Do EORTC-C30 foi utilizada a escala do estado global de saúde e qualidade de vida (QL2), constituída por dois itens, 29 e 30. Do QLQ-BR23 utilizaram-se três sub-escalas da escala funcional: imagem corporal (BRBI), constituída por sete itens (34, 35, 39, 40, 41 e 42), funcionamento sexual (BRSEF) composta por dois itens (44 e 45) e prazer sexual (BRSEE), de apenas um item (46).

Os dois instrumentos apresentam-se em formato tipo Likert, sendo que os itens da escala do estado global de saúde e qualidade de vida (QL2) do EORTC-C30 variam entre 1 e 7, indicando que a valores elevados corresponde melhor estado de saúde e qualidade de vida. Já os itens das sub-escalas (BRBI, BRSEF e BRSEE) da escala funcional do EORTC-BR23 variam entre 1 e 4, neste caso quanto mais elevado o valor total obtido, menor a qualidade de vida, exceto nas questões 44, 45 (BRSEF) e 46 (BRSEE), que serão cotadas de forma inversa, correspondendo a maior a pontuação, maior a qualidade de vida.

Questionário de História da Doença Oncológica, construído para o efeito com base no Sistema de Classificação Internacional TNM - *Classification of Malignant Tumours* (Wittekind et. al, 2005), por forma a conter variáveis clínicas relacionadas com a história da doença oncológica, a saber: data de realização do diagnóstico oncológico, Classificação TNM, conhecimento do diagnóstico, prognóstico, sintomas físicos e tratamento atual.

Procedimentos

Todos os procedimentos tiveram em consideração os pressupostos éticos subjacentes à prática investigativa e às leis em vigor no país. A recolha dos dados pautou-se sempre pelo respeito e salvaguarda da integridade física e psicológica das doentes participantes. O primeiro procedimento consistiu no pedido de autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro para a recolha dos dados. Este, depois de consultar a comissão de ética e obter o parecer favorável, concedeu a autorização para a realização do trabalho. Num segundo momento, foi igualmente solicitada autorização junto do diretor do Centro de Oncologia do mesmo Hospital. Depois de concedida procedeu-se à recolha dos dados na Consulta de Oncologia e no Serviço de Quimioterapia. Previamente à resposta aos questionários, todas as participantes do estudo assinaram o consentimento informado, no qual foram informadas sobre os objetivos do estudo e das implicações da sua participação no mesmo.

Após o preenchimento dos instrumentos de investigação e da introdução dos dados numa base de dados em IPSS, procedeu-se à análise estatística das respostas à escala do estado global da saúde e qualidade (QL2) do EORTC QLQ-C30 e das subescalas de Imagem corporal (BRBI), de função sexual (BRSEF) e de prazer sexual (BRSEE) do EORTC QLQ-BR23. Num primeiro momento foi efetuada análise descritiva, num segundo momento análise correlacional.

RESULTADOS

Auto-avaliação da Saúde e da Qualidade de Vida

Numa escala de 1 a 7, na qual 1 corresponde a saúde péssima e 7 a saúde ótima, as classificações de 4 e 5 foram as que registadas maior percentagem (ver quadro 1). Indicando que as doentes da amostra classificam a sua saúde entre razoável a boa. Quanto à qualidade de vida, foi atribuída a classificação de 4 pela generalidade das doentes.

Quadro 1 - Auto-avaliação da Saúde e da Qualidade de Vida

QLQ-C30	N= 51					
	2	3	4	5	6	7
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<i>Como classificaria a sua <u>saúde</u> em geral durante a última semana?</i>	2 (3,9)	11(21,6)	15(29,4)	14(27,5)	8 (15,7)	1 (2,0)
<i>Como classificaria a sua <u>qualidade de vida</u> global durante a última semana?</i>	2 (3,9)	8 (15,7)	22(43,1)	8(15,7)	9(1,6)	2 (3,9)

Avaliação da Imagem corporal, Função sexual e Prazer sexual

Como podemos observar no quadro 2, começando pela imagem corporal, a generalidade das doentes não apresenta queda de cabelo. Das que apresentam, não existe grande diferença entre as que não ficaram preocupadas com isso e as que ficaram bastante preocupadas. Em maior número responderam não se sentirem menos atraentes devido à doença e ao tratamento, no entanto, não sendo esta diferença muito expressiva, na medida que aproximadamente em igual percentagem (23,5% e 25,5%) sentiram-se um pouco e bastante menos atraentes, respetivamente. A maioria das doentes não se sentiu menos feminina por causa da doença e dos tratamentos, nem teve dificuldade em olhar o seu corpo nua. Quanto à satisfação com o corpo, apesar de em maior número referirem que não se sentiram pouco satisfeitas com o seu corpo, em igual número sentiram-se pouco satisfeitas.

No que se refere à função sexual, a generalidade das doentes não sentiu desejo sexual, nem estiveram sexualmente ativas, sendo as percentagens bastante expressivas.

Quanto ao prazer sexual, das 27,5% que estiveram sexualmente ativas, em maior número, não sentiram prazer nas relações sexuais.

Quadro 2 - Resultados obtidos nas sub-escalas Imagem Corporal (BRBI), Função Sexual (BRSEF) e Prazer Sexual (BRSEE) do EORTC QLQ-BR-23

QLQ-BR-23	N = 51			
	Não n (%)	Um pouco n (%)	Bastante n (%)	Muito n (%)
<i>Caiu-lhe o cabelo?</i>	35 (68,6)	3 (5,9)	5 (9,8)	8 (15,7)
<i>Ficou preocupada com a queda do cabelo?</i>	9 (17,6)	2 (3,9)	7 (13,7)	4 (7,8)
<i>Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento?</i>	17 (33,3)	12 (23,5)	13 (25,5)	9 (17,6)
<i>Sentiu-se menos feminina por causa da doença e do tratamento?</i>	23 (45,1)	8 (15,7)	14 (27,5)	6 (11,8)
<i>Teve dificuldade em olhar o seu corpo, nua?</i>	25 (49,0)	10 (19,6)	7 (13,7)	9 (17,69)
<i>Sentiu-se pouco satisfeita com o seu corpo?</i>	19 (37,3)	19 (37,3)	6 (11,8)	7 (13,7)
<i>Até que ponto sentiu desejo sexual?</i>	42 (82,4)	6 (11,8)	2 (3,9)	1 (2,0)
<i>Até que ponto esteve sexualmente ativa?</i>	37 (72,5)	12 (23,5)	2 (3,9)	-
<i>Até que ponto as relações sexuais lhe deram prazer?</i>	6 (11,8)	5 (9,8)	3 (5,9)	-

A Sexualidade enquanto dimensão da saúde e da qualidade de vida

Com o objetivo de explorar a relação entre imagem corporal, a função sexual o prazer sexual, e a auto-avaliação da saúde e da qualidade de vida, foi efetuada uma análise correlacional bivariada. Foi possível observar que a imagem corporal se relaciona de forma inversa com a auto-avaliação da saúde e da qualidade de vida. Como podemos comprar no quadro 3, as doentes que se sentiram menos atraentes fisicamente devido à doença e ao

tratamento, as que se sentiram menos femininas por causa da doença e do tratamento, as que tiveram mais dificuldade em olhar o seu corpo nua e as que se sentiram pouco satisfeitas com o seu corpo avaliaram pior a sua saúde.

O mesmo foi verificado em relação à avaliação da qualidade de vida. Avaliaram pior a sua qualidade de vida, as doentes que se sentiram menos atraentes e menos femininas devido à doença e tratamentos, e as que tiveram mais dificuldade em olhar o seu corpo nua. Não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre a satisfação com o corpo e a auto-avaliação da qualidade de vida.

Ficou igualmente demonstrado que a função e o prazer sexual se associam positivamente com a saúde e com a qualidade de vida. As doentes que sentiram desejo sexual, que estiveram sexualmente ativas e que sentiram prazer sexual avaliaram melhor a sua saúde e a sua qualidade de vida.

Quadro 3 - *Relação entre a Imagem corporal, função sexual e prazer sexual na auto-avaliação da saúde e da qualidade de vida*

QLQ – BR23	N= 51	
	QLQ – C30	
	Saúde	Qualidade de vida
<i>Caiu-lhe alguma cabelo?</i>	-0,02	0,08
<i>Ficou preocupada com a queda do cabelo?</i>	-0,08	0,04
<i>Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e tratamento?</i>	-0,46**	-0,40**
<i>Sentiu-se menos feminina por causa da doença e tratamento?</i>	-0,43**	-0,33*
<i>Teve dificuldade em olhar o seu corpo, nua?</i>	-0,42**	-0,31*
<i>Sentiu-se pouco satisfeita com o seu corpo?</i>	-0,37**	-0,03
<i>Até que ponto sentiu desejo sexual?</i>	0,34*	0,42**
<i>Até que ponto esteve sexualmente ativa?</i>	0,45*	0,39**
<i>Até que ponto as relações sexuais lhe deram prazer?</i>	0,48**	0,43**

* $p < 0,5$; ** $p < 0,01$

Outras relações encontradas são igualmente pertinentes de serem analisadas. As doentes que tiveram queda de cabelo ficaram preocupadas com isso ($r = 0,69$, $p < 0,01$), as que se sentiram menos atraentes fisicamente devido à doença e ao tratamento sentiram-se menos femininas ($r = 0,81$, $p < 0,01$) e tiveram dificuldade em olhar o seu corpo nua ($r = 0,55$, $p < 0,01$). As doentes que se sentiram menos femininas por causa da doença e do tratamento, tiveram dificuldade em olhar o seu corpo nua ($r = 0,68$, $p < 0,01$). As que se sentiram pouco satisfeitas com o seu corpo, sentiram-se igualmente menos femininas ($r = 0,65$, $p < 0,01$) e tiveram dificuldade em olhar o seu corpo nua ($r = 0,83$, $p < 0,01$).

Imagem corporal, função e prazer sexual em função dos dados sociodemográficos

Observou-se uma relação significativa no sentido inverso entre a idade e a função e o prazer sexual, demonstrando que a doentes mais velhas corresponde menor desejo sexual ($r = -0,43$, $p = 0,01$), menor atividade sexual ($r = -0,39$, $p < 0,01$), e menor satisfação nas relações sexuais ($r = -0,36$, $p < 0,01$).

A escolaridade associa-se positivamente com o desejo sexual ($r=0,29$, $p<0,05$), com a atividade sexual ($r=0,29$, $p<0,05$) e com o prazer sexual ($r=0,32$, $p<0,05$), indicando que as doentes com mais anos de escolaridade são mais ativas sexualmente e têm mais prazer nas relações sexuais.

DISCUSSÃO

Tendo em conta os resultados obtidos, constatamos que a maioria das doentes da amostra tem uma auto-perceção razoável e boa da sua saúde, e razoável da sua qualidade de vida, apesar do aparecimento da doença nas suas vidas. Perceber a perspetiva subjetiva do doente relativamente à sua doença e qualidade de vida, permite conhecer as suas representações da doença (Aguiar & Fonte, 2007; Favoreto & Cabral, 2009), sendo esse conhecimento importante na prestação de cuidados, não obstante, é ainda, uma perspetiva pouco estudada. Seria igualmente oportuno comparar a sua perceção com os resultados totais do EORTC QLQ-C30 e do EORTC QLQ-BR23. Não obstante, não foi esse o objetivo do presente trabalho, no entanto seria pertinente atender a essa comparação em estudos posteriores.

No que respeita à imagem corporal, a generalidade das doentes não apresenta queda de cabelo, facto justificável por cerca de metade das doentes da amostra não se encontrarem a realizar quimioterapia aquando da avaliação. Não obstante, no caso das que apresentam, foram encontrados resultados muito próximos entre as que não ficaram preocupadas e as que ficaram muito preocupadas. Indicando que a queda de cabelo poderá constituir um problema para a imagem corporal de algumas doentes (Ogden, 2004). Rebelo et. al.(2007) também encontraram mais preocupações com a queda de cabelo em mulheres tumorectomizadas, comparativamente com as mastectomizadas.

Apesar de me maior número responderem que não se sentiram menos atraentes devido à doença e aos tratamentos, a diferença de resultados não foi muito expressiva, pois cerca de metade sentiram-se um pouco menos atraentes e bastante, e uma percentagem não negligenciável sentiu-se muito menos atraente. Situação idêntica foi verificada relativamente à satisfação com o corpo. Em maior número responderam que não sentem pouco satisfeitas com o seu pouco, mas em igual número responderam que se sentem um pouco. Assim, os resultados obtidos na avaliação da imagem corporal não se revelaram muito discriminatórios. Podendo indicar que, como referem Holland e Mastrovito (1980) as problemáticas psicológicas das mulheres com cancro da mama poderão ser maiores do que as assumidas. Também Ogden (2004) acrescenta que a negação é um estilo de *coping* frequente nas doentes da mama. Pelo que defendemos a continuação do estudo da imagem corporal em mulheres com cancro da mama.

No que concerne à função e prazer sexual, as generalidade das doentes não sentiu desejo sexual nem esteve sexualmente ativa. As poucas que estiveram, em maior número não tiveram prazer sexual, embora a diferença não fosse muito significativa. A literatura refere diminuição do desejo, da atividade e do prazer sexual após o diagnóstico e durante os tratamentos, por vezes até após os tratamentos, (Bertero, 2002; Marques, 1994; Ogden, 2004; Parker et. al.,2003; Pennery, Speechley & Rosenfield, 2010; Ramos & Patrão, 2005; Rebelo et. al.,

2005). No entanto, é fundamental ter em conta a sexualidade na mulher antes do cancro da mama, na avaliação do real impacto da doença (Patrão, 2005).

Para percebermos se a Imagem corporal, a função sexual e o prazer sexual têm influência na saúde e na qualidade de vida, realizamos uma análise correlacional. Começando pela imagem corporal, foi possível verificar que esta tem implicações na auto-avaliação da saúde e da qualidade, tratando-se de uma relação no sentido inverso. As doentes que mais se sentiam menos atraentes fisicamente devido à doença e aos tratamentos, que se sentiram menos femininas por causa da doença e dos tratamentos, que tiveram mais dificuldade em olhar o seu corpo nua, avaliaram pior a sua saúde e a sua qualidade de vida. Ao nível da satisfação com o corpo, a relação inversa apenas foi verificada na avaliação da saúde. Estes resultados reforçam a relação biunívoca entre imagem corporal e a auto-percepção de saúde e qualidade de vida. Problemas de saúde interferem com a imagem corporal, esta por sua vez, associa-se a pior saúde, comprometendo a qualidade de vida (Dias et. al., 2002; Costa & Patrão, 2009; Pennery et. al., 2010; Tavares & Trad, 2005).

Ficou igualmente demonstrada a relação entre a função, o prazer sexual e a saúde e qualidade de vida. Neste caso a relação estatisticamente significativa é positiva. As doentes que sentiram desejo, que estiveram sexualmente ativas e que tiveram prazer sexual avaliaram melhor a sua saúde e qualidade de vida. Constatamos assim, o papel da vivência satisfatória da sexualidade na saúde e na qualidade de vida das doentes com cancro da mama. Sublinhando-se assim a importância da sexualidade na saúde/doença (Cardoso, 2006) e enquanto dimensão da qualidade de vida, igualmente no contexto saúde/doença (Ribeiro, 2002).

Apesar dos resultados indicarem que as doentes da amostra não apresentarem preocupações com a imagem corporal, não sendo estes resultados muito discriminativos, a análise correlacional revelou uma relação positiva significativa entre as dimensões da imagem corporal. Foi possível observar que a queda do cabelo afeta a imagem corporal das doentes. Ficou igualmente demonstrado que as doentes que se sentem menos atraentes fisicamente e menos femininas devido à doença e aos tratamentos, sentem-se mais insatisfeitas com o seu corpo e têm mais dificuldade em olhar o seu corpo nu. Sublinhando assim, o impacto da doença e dos tratamentos na imagem corporal e na vivência da corporalidade sexuada, bem como, a pertinência do estudo da imagem corporal no cancro da mama.

No que refere às variáveis sociodemográficas, a função e o prazer sexual relacionam-se inversamente com a idade e o estado civil, e positivamente com a escolaridade. As doentes com mais idade tem menor atividade e prazer sexual. Contrariando assim, os resultados obtidos por Rebelo et. al. (2007). Quanto à relação entre a escolaridade e a atividade e função sexual, poderá ser explicada em função da escolaridade poder exercer influencia na vivência da sexualidade na saúde/doença, por um lado, e pela maior facilidade em responder a questões desta natureza.

O objetivo do presente trabalho consistiu em avaliar a imagem corporal, o desejo, atividade e prazer sexual, e observar em que medida se relacionam com a auto-percepção da saúde e da qualidade de vida, pretendendo ser um contributo para o perspetivar da sexualidade enquanto dimensão da qualidade de vida no adoecer do cancro da mama.

Em função dos resultados obtidos, defendemos a continuidade do estudo das repercussões do cancro da mama e respetivos tratamentos na imagem corporal.

Ficou demonstrado que a sexualidade é uma variável importante na saúde e na qualidade de vida das mulheres com cancro da mama. Como tal, o estudo da sexualidade enquanto dimensão da saúde e da qualidade de vida no adoecer do cancro da mama, revela-se de grande pertinência. Consideramos ter dado um pequeno contributo para o desenvolvimento dessa perspetiva. Reconhecemos ainda, que quer este trabalho, quer a continuidade do tema em estudos posteriores, fornecerão dados igualmente importantes para a prática clínica com as doentes com cancro da mama e respetivos companheiros.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, S. R., & Fonte, C. (2007). Narrativas e significados na doença em crianças com diabetes *Mellitus* tipo 1: contributos de um estudo qualitativo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8, 67-81.
- American Cancer Society (ACS) (2009, Janeiro), *What Are the Key Statistics for Breast Cancer?* Recuperado em 08 de Setembro de 2009 de http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_1X_What_are_the_key_statistics_for_breast_cancer_5.asp?sitearea.
- Barnabé, R. G. (1997) Qualidade de vida, relação conjugal, satisfação sexual em mulheres mastectomizadas e mulheres tumorectomizadas – um estudo comparativo. In: J.L.P. Ribeiro (editor) *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, (pp. 215-217). Lisboa: ISPA.
- Bertero, C. (2002). Affected self-respect and self-value: the impact of breast cancer treatment on self-esteem and qol. *Psycho-oncology*, 11, 356-364. doi.org/10.1002/pon.577
- Cardoso, J. (2006). (In)Capacidade, género e sexualidade. In: I. Leal (Coordenadora). *Perspectivas em psicologia da saúde* (pp. 169-185). Coimbra: Quarteto.
- Costa, S., Jiménez, F., & Pais-Ribeiro, J.L. (2010) Análise dos Acontecimentos de Vida Decorrentes no Adoecer de Cancro da Mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11, 223-223
- Costa, A., & Patrão, I. (2009). “Mamas de Cristal”: sexualidade e imagem corporal em mulheres mastectomizadas. In: S. N. Jesus, I. Leal, & M. Resende (Coords) *Experiências e Intervenções em Psicologia da Saúde: Resumos e Textos* (p.1214). Faro: Universidade do Algarve.
- Crane, R. (2000). Cancro da Mama. In: *Enfermagem em Oncologia* (pp. 89-136). In: S. E. Otto (Organizadora). Loures: Lusociência.
- Dias, M. R., Manuel, M., Xavier, P., & Costa, A. C. (2001). O Cancro da Mama no «seio» da família. In M.R. Dias & E. Durá (Coord.) *Territórios da Psicologia Oncológica*. (pp. 303-320) Lisboa: Climepsi.
- Fayers, P.M., Aaranson, N., Bjordal, K., Curran, D., & Groevold, M. (1999). EORTC QLQ-C30. Scoring Manual (2nd ed.). Brussels: *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Study Group*.
- Faria, C., & Xarepe, F. (2000). Dor no peito; mal de amor. In: J. L. P. Ribeiro; I. Leal, & M.R. Dias. *Actas do 3º congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 241-252). Lisboa: ISPA.

- Favoreto, C. A., & Cabral, C.C. (2009). Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação para a saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 13, 7-18.
- Instituto Português de Oncologia do Porto (IPOP) (2008). *RORENO Registo Oncológico Regional do Norte 2007*. Porto: Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil - Centro Regional de Oncologia do Porto.
- Holland, J.C., & Mastrovito, R. (1980) Psychologic adaptation to breast cancer. *Cancer*, 46, 1045-1052.
- Macieira, R. C., & Maluf, M. F. (2008). Sexualidade e Câncer. In. V.A. Carvalho, M.H. Franco, M. J. Kovács, R.P. Liberato, R. C. Macieira, M. T. Veit, M. J. Gomes, & L.H. Barros (Organizadores). *Temas em Psico-Oncologia*. (pp.303-315). São Paulo: Summus Editorial.
- Marques, A. (1994). *Reacções emocionais à doença grave: como lidar*. Coimbra: Edições de Psiquiatria Clínica.
- Michelena, M. (2010). *À noite sonhei que tinha peito*. Lisboa: Esfera dos Livros.
- Miguel, A., Marques, A. L., & Tosi, S. D. (2009) Viver sem mama: discurso de mulheres mastectomizadas. In. S. N. Jesus, I. Leal, & M. Resende (Coords) *Experiências e Intervenções em Psicologia da Saúde: Resumos e Textos* (pp.1513-1521). Faro: Universidade do Algarve.
- Ogden, J. (2004). *Compreender o Cancro da Mama*. Lisboa: Climepsi.
- Pais-Ribeiro, J., Pinto, C., & Santos, C. (2008). Validation study of the portuguese version of the QLQ-C-30-v-3. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9, 89-102.
- Palhinas, P. (2000). *Adaptação psicológica e imagem corporal em mulheres com cancro da mama*. (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Parker, P.A., Baile, W.F., Moor, C., & Cphen, L. (2003). Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psycho-oncology*, 12, 185-193. doi.org/10.1002/pon.635
- Patrão, I. (2005). Bem me quer, mal me quer...Bém nos quer, mal nos quer. A sexualidade, (in) fertilidade e cancro. *Análise psicológica*, 3, 289-294.
- Pennerly, E., Speechley, V., & Rosenfield, M. (2010). *Cancro da mama: respostas sempre à mão*. Lisboa: Lidel.
- Pérez San Gregório, M. A., & Martín Rodríguez, A. (2002). Variables psicológicas relacionadas con la percepción de la imagen corporal en los pacientes trasplantados. *Revista de Psicologia*, 55, 439-453
- Ramos, A.S., & Patrão, I. (2005). Imagem corporal da mulher com cancro da mama: impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise Psicológica*, 3, 295-304.
- Rebelo, A., Vicente, A., Gomes, S., & Moisés, C. (2008) Patologia mamária: problemáticas psicológicas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9, 17-17.
- Rebelo, V., Rolim, L., Carqueja, E., & Ferreira, S. (2007). Avaliação da Qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8, 13-32.
- Ribeiro, J.L. (2002). A qualidade de vida e a doença oncológica. In. M.R. Dias & E. Durá (Eds.). *Territórios da psicologia oncológica* (pp.75-98). Lisboa: Climepsi.

- Sendersky, V., Gause, D., Sung J., & Durham, N.C .(2002) Comparison of psychosocial status in patients with breast cancer and patients with other oncology diagnoses. *Breast Cancer Research and Treatment*. 76, 552-552.
- Schottenfeld, D., & Fraumeni-Jr J. (2006). (Editors). *Cancer Epidemiology and Prevention (3th. Ed.)*. New York : Oxford University Press.
- Wittekind, C., Greene, F. L., Hutter, R. V., Klimfing, M., & Sobin, L. H. (2004). *TNM Atlas: TNM/pTNM Classification of Malignant Tumours*. (5th. Ed.). New York: Springer.
- Tavares, J. S., & Trad, L. A. (2005). Metáforas e significados do cancro da mama na perspectiva das famílias afectadas. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 426-435.